CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

TITRES ET PUBLICATIONS

DU

Dr FIEUX

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1898

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

TITRES UNIVERSITAIRES

Préparateur de médecine expérimentale a la Faculté de Bordeaux (1890).

Aide d'anatomie (1891).

Moniteur des travaux pratiques d'accouchements a la Faculté (1894).

Docteur en médecine (1896).

Lauréat de la Faculté (Prix de Thèse. Méd. de bronze) (1896).

Chef de clinique obstétricale (1896).

Répétiteur a la clinique Baudelocque de la Faculté de Paris (1897-98).

TITRES HOSPITALIERS

Interne des hopitaux de Bordeaux (1892-96).

Interne de la Maternité (1894-1896).

Lauréat des hopitaux.
- Médaille d'argent (externe), 1891.
- Médaille d'argent (Int. prov.), 1892.
- Prix Levieux (Interne), 1894.
- Médaille de vermeil (*Id.*), 1895.
- Médaille de vermeil (*Id.*), 1896.

ENSEIGNEMENT

OFFICIEL

Moniteur des travaux pratiques de médecine opératoire (1891-92).

Exercices pratiques d'opérations obstétricales à l'amphithéâtre (1893-94).

Id. (1894-95).

LIBRE

Cours aux élèves sages-femmes de 1re année à la Maternité de Bordeaux (1895-96).

Conférences cliniques aux étudiants de 4e année (Clinique obstétricale) (1896-97).

Exercices de diagnostic obstétrical pour les élèves sages-femmes de 2e année (1896-97).

PUBLICATIONS OBSTÉTRICALES

I. — ANATOMIE OBSTÉTRICALE NORMALE

a) Étude histologique du muscle utérin chez le fœtus, chez la femme adulte à l'état de vacuité, et après l'accouchement (1).

Classiquement on considère l'utérus comme un organe exclusivement musculaire, formé de trois couches contractiles distinctes. Cela ressort de toutes les descriptions classiques telles que celles de Hélie de Nantes (1850) et celles de Kreitzer de Saint-Pétersbourg (1872). Tous les divers auteurs, de même que MM. Tourneux et Hermann (art. *Utérus* du *Dict. encycl.*) insistent sur la musculature particulière de l'isthme et du col. Au niveau de l'isthme les fibres annulaires formeraient un cercle d'une certaine épaisseur. Quant au col, une triple rangée de faisceaux contractiles concourrait à sa formation. Une moyenne circulaire, la plus puissante des trois, formerait un appareil sphinctérien entourant la cavité cervicale.

En résumé, l'utérus serait un organe musculaire du haut en bas, formé de trois (Hélie et Chenantais) ou de quatre (Kreitzer) couches distinctes, possédant au niveau du col un appareil sphinctérien puissant.

Mais de 1885 à 1887 des recherches anatomiques précises commencent à ébranler la description classique. M. Pinard proteste tout d'abord contre la distinction en trois couches. Il fait remarquer que

(1) *Étude histologique de la musculature intrinsèque de l'utérus* (Travail fait au laboratoire des cliniques de Bordeaux). Bordeaux, Imprimerie Delmas, 1897, 36 photomicrographies.

les faisceaux musculaires s'intriquent dans tous les sens, avec une prédominance de fibres longitudinales dans la zone sous-péritonéale, et une plus grande quantité de fibres circulaires dans la zone sous-muqueuse. Puis Waldeyer, Hofmeier, Pinard et Varnier délimitent anatomiquement le segment inférieur. Ils montrent encore qu'entre le segment inférieur, le corps proprement dit et le col il y a des différences de texture, constatées macroscopiquement.

Néanmoins, histologiquement, Hofmeier ne trouve aucune différence entre le segment inférieur et les zones situées au-dessus.

En 1890, Acconci de Turin, entreprend, le premier, l'étude histologique de la musculature utérine et par des procédés de coloration élective remarque que l'organe est très riche en fibres *élastiques*, surtout au niveau du col et du segment inférieur.

Cela semblait en somme s'accorder avec les recherches des auteurs précédemment cités, lorsqu'en 1896 Keiffer de Bruxelles en traitant ses préparations par le carmin boracique décrit dans le col un double appareil contractile, semblable à celui de l'iris permettant d'ouvrir ou de fermer les orifices.

C'est en présence de ces contradictions que nous nous sommes mis à l'œuvre, recourant au microscope qu'Hofmeier considérait comme incapable de trancher le débat, usant des méthodes de coloration élective que Keiffer avait négligées.

Nos recherches ont porté sur des utérus de fœtus, sur des utérus d'adultes nullipares et sur des utérus puerpéraux. Tous ces organes n'ont pas été seulement étudiés en certains points ; nous avons eu la patience, sur chacun d'eux, de faire porter nos coupes sur toute la hauteur et sur toute l'épaisseur de la paroi, puis de chercher dans toute l'étendue quelle pouvait être la topographie du tissu musculaire et des autres tissus susceptibles d'entrer dans sa composition.

Recherche du tissu élastique. — Notre premier soin fut de rechercher le tissu élastique et pour cela nous mettions en œuvre un procédé de coloration exempt de toute cause d'erreur, le procédé de Taënzer, à l'orcéine acide. A l'encontre des conclusions d'Acconci de Turin, nous démontrions alors facilement qu'en quelque

point de l'utérus que l'on se trouve, ce tissu est excessivement rare. On ne l'y retrouve de ci de là (planche A) que sous forme de petites fibrilles ondulées disséminées dans les travées conjonctives périvasculaires.

Différenciation du tissu musculaire et du tissu conjonctif. — Pour tâcher d'élucider ce point important qui n'avait pas encore été traité histologiquement, nous nous adressions au réactif de Van Gieson qui a la propriété de colorer en rouge le tissu conjonctif et en jaune le tissu musculaire.

L'utérus de fœtus nous montra alors les particularités suivantes: au-dessus de l'insertion vaginale sont 2 zones bien distinctes : une exclusivement musculaire, l'autre musculaire seulement dans la moitié externe de sa paroi, qui est nettement conjonctive dans la moitié interne. Au niveau de l'insertion vaginale, on voit les faisceaux contractiles de la région sus-jacente filer tous dans le vagin dont ils constituent la tunique la plus superficielle. Au-dessous rien que du tissu conjonctif. Le museau de tanche ne possède pas de faisceaux musculaires.

Sur l'utérus adulte non gravide et sur l'utérus puerpéral les résultats furent semblables à ce que nous avaient déjà indiqué les premières recherches. Dans l'un comme dans l'autre, depuis le fond jusqu'à l'orifice supérieur de l'isthme pour le premier, jusqu'à la limite supérieure du segment inférieur, c'est-à-dire jusqu'au sinus circulaire pour le deuxième, nous trouvions une structure identique.

D'abord confusion complète et désordre absolu des faisceaux musculaires, ainsi que l'avait indiqué M. Pinard. Il n'y a un peu d'ordre que dans la zone sous-muqueuse où les faisceaux circulaires sont en très grande majorité. Dans cette partie haute de l'utérus le tissu confonctif est en petite quantité (Utérus parturient I).

Il forme aux vaisseaux et surtout aux artères des gaines assez épaisses qui entourent directement les *ligatures vivantes*. Aussi les bandes conjonctives sont-elles plus nombreuses et plus épaisses au niveau de la couche dite vasculaire.

Mais au-dessous de la limite supérieure de l'isthme ou du seg-

ment inférieur, il se produit un brusque changement dans la structure de la paroi (Ut. part. II et III). Le tiers externe de celle-ci est composé d'éléments musculaires, presque exclusivement représentés par des faisceaux longitudinaux. Les deux tiers internes sont représentés par du tissu conjonctif.

La portion supra-vaginale du col (Ut. part. IV) est presque identique au segment inférieur. Tissée de gros rubans longitudinaux à la périphérie, la paroi est conjonctive dans le reste de son épaisseur.

Puis, comme dans l'utérus de fœtus, les faisceaux musculaires arrivés à la hauteur de l'insertion vaginale semblent fuir le museau de tanche (Ut. part. V). Ils passent tous dans la paroi du vagin.

Quant à la portion sous-vaginale du col, elle est exclusivement constituée par du tissu conjonctif creusé de capillaires sanguins extrêmement dilatés (Ut. part. VI).

Bien qu'en contradiction absolue avec les descriptions classiques, les procédés minutieux que nous avons employés, et les résultats toujours concordants que nous avons obtenus nous permettent de confirmer histologiquement ce que Waldeyer, Hofmeir, Pinard, Varnier avaient déjà entrevu par leurs recherches macroscopiques.

Nous sommes donc en mesure de poser les conclusions suivantes : 1° Le segment inférieur, limité en haut par la veine circulaire et la zone d'adhérence péritonéale, en bas par l'orifice interne, est, au point de vue de sa structure, *cette portion basse du corps de l'utérus dont les deux tiers de la paroi sont conjonctifs et dont le tiers externe musculaire ne possède que des faisceaux longitudinaux.*

2° Le col, *loin de posséder un appareil sphinctérien comme il est dit classiquement, comporte au-dessus de l'attache vaginale une structure identique à celle du segment inférieur. Quant au museau de tanche, c'est un organe exclusivement conjonctif.*

Ces constatations anatomiques nous permettent de comprendre

quelle est la *passivité* du col lors de l'effacement et de la dilatation. Elles rendent impossible l'idée, déjà battue en brèche du reste, de la rigidité spasmodique du col, car *qui dit spasme, dit résistance musculaire, or le muscle ici n'existe pas*.

Enfin, cette structure toute spéciale du segment inférieur et du col nous explique fort bien la mollesse et *flaccidité* de ces régions qui contrastent d'une façon si frappante avec le reste de l'utérus, soit après la délivrance lorsque l'utérus est bien rétracté, soit au cours du travail lorsqu'après la rupture des membranes, aucune partie fœtale ne vient appuyer sur le segment inférieur.

b) Note sur un utérus gravide de 5 mois et demi trouvé à l'autopsie d'une femme morte de tuberculose pulmonaire.

L'utérus, dont la hauteur totale mesurait 28 centimètres, était remarquable par la minceur de ses parois :

Au niveau du col............................	7 mm.
Au-dessous de l'insertion fixe du péritoine........	2 —
Au-dessus de » »	5 —
Au niveau du fond............................	2 —
Au niveau de l'insertion placentaire (face postéro-latérale droite)..................	3 —

Un autre fait intéressant est le suivant : l'utérus, très incliné à droite, comprimait l'uretère du même côté au niveau du pourtour du détroit supérieur. Au-dessus du point comprimé l'uretère est gros comme le pouce, moniliforme. Au-dessous il est mince et aplati ; dans le calice et les bassinets dilatés, sont accumulés 15 c.c. d'urine.

Ceci montre bien que dans quelques circonstances les troubles de dépuration urinaire chez la femme enceinte peuvent être sous la dépendance d'une cause mécanique, et cet exemple n'est en somme que la réalisation clinique des expériences de MM. Guyon et Albarran sur la ligature aseptique de l'uretère.

c) **Placentas polydiscoïdaux.** (*Bulletins de la Soc. de gyn. et d'obst. de Bordeaux*, 1897.)

Note sur deux placentas à cotylédons isolés. L'extraction tardive permit dans les deux cas de pratiquer la délivrance sans la moindre rétention do cotylédons on de membranes.

II. — ANATOMIE OBSTÉTRICALE PATHOLOGIQUE

a) **Imperforation de l'œsophage avec communication trachéo-bronchique.** En collaboration avec M. Lefour. (*Bulletin médical*, juillet 1896.)

Une fille de 2,980 grammes, née d'une primipare, respire difficilement aussitôt après sa naissance. Peu à peu l'inspiration devient de plus en plus pénible et à chaque expiration on entendait nettement dans la cavité thoracique comme un bruit de drapeau. L'existence de ce bruit anormal joint à la gêne respiratoire, que rien n'expliquait, si ce n'est une malformation congénitale des voies respiratoires, nous fit penser à une communication du tube aérien avec l'œsophage, malformation la plus fréquente. Dix heures après, l'enfant succombait et l'autopsie venait confirmer notre hypothèse.

A 4 centimètres au-dessous de son orifice supérieur l'œsophage se termine brusquement en cul-de-sac, cul-de-sac auquel fait suite un cordon fibreux qui adhère à la face postérieure de la trachée, mais que la dissection en sépare facilement. Ce cordon fibreux long de 2 centim. va rejoindre la partie supérieure d'un canal qui s'ouvrant dans l'estomac ne peut être que la portion inférieure de l'œsophage. En incisant le bout inférieur de l'œsophage on voit que ce conduit accolé à la trachée un peu au-dessus de sa bifurcation, communique en ce point avec les voies respiratoires par un orifice ovalaire de 12 millim. Dans le reste de son étendue le tube digestif est normal (fig. 1).

Dans les cas où le diagnostic a été fait, on s'est basé sur les difficultés de la déglutition jointes aux accidents concomitants de

suffocation. Ici ce symptôme nous a manqué puisque l'enfant n'avait rien pris. Ce qui nous a fait supposer la communication trachéo-œsophagienne c'est cette sorte de bruit de drapeau, de borborygme thoracique qui se produisait à chaque expiration.

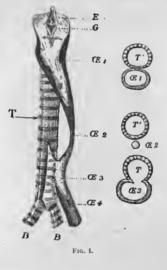


Fig. 1.

Habituellement aussi les nouveau-nés, porteurs de cette malformation, meurent d'inanition du troisième au quatrième jour. Chez notre petit sujet il est probable qu'en raison de la très large communication qui existait entre les deux conduits, la paroi postérieure flasque de l'œsophage était partiellement aspirée dans la trachée au moment de l'inspiration pour en être chassée à l'expi-

ration, d'où difficulté de la pénétration de l'air et bruit de drapeau signalé.

L'embryologie peut expliquer cette malformation complexe. Nous savons que normalement, en arrière de l'ébauche impaire de la glande thyroïde, se forme de chaque côté de l'intestion pharyngien un sillon de séparation et un bourrelet latéral qui, progressant vers son congénère, finit par se souder avec lui, séparant dès lors le tube pharyngien en 2 tubes secondaires (Œ₁ et Œ'₁ fig. 2) :

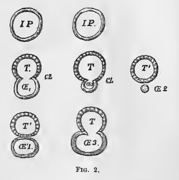


Fig. 2.

un postérieur l'œsophage, un antérieur la trachée, s'ouvrant en haut dans le premier en formant le carrefour pharyngien. Mais que les 2 bourrelets latéraux se développent incomplètement, qu'ils n'arrivent pas au contact, les 2 tubes seront bien ébauchés, mais la trachée et l'œsophage communiqueront (Œ₃ fig. 2). Tel est le fait rapporté par M. Pinard en 1873, où à la partie supérieure de l'œsophage on trouva une fissure de la paroi antérieure de cet organe, fissure qui, partant de l'orifice sous-glottique, mesurait 3 centim. de longueur et établissait une communication entre la trachée et l'œsophage.

Il est évident que le même mécanisme avait présidé à la genèse de la malformation que nous venons d'étudier. Le sillon de séparation du tube pharyngien s'était produit tout à fait vers sa partie postérieure au lieu de s'effectuer à sa partie moyenne. La portion œsophagienne de l'intestin pharyngien primitif n'était ainsi représentée que par un cordon plein ($Œ_2$ fig. 2). La coupe et l'examen histologique de ce cordon (fig. 3) nous ont montré un amas de

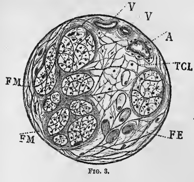


Fig. 3.

fibres conjonctives et de faisceaux musculaires lisses et striés, en un mot les éléments constitutifs de la paroi du tube pharyngien.

Ce cordon plein n'est donc bien évidemment qu'une portion de la paroi pharyngienne primitive isolée par la formation d'un sillon de séparation devié au maximum et qui n'a intéressé qu'une portion de la paroi du tube pharyngien.

b) **Placenta albuminurique.** (*Bullet. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux*, 1897.)

Présentation d'un placenta qui montre bien nettement, ainsi que l'a établi M. Pinard, les relations qui unissent les kystes de ces organes avec les hémorrhagies qui sont sous la dépendance de

l'albuminurie gravidique. Dans cette pièce la poche kystique, qui repose sur un gros caillot fibrineux, est du volume d'une orange.

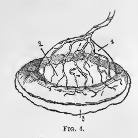


Fig. 4.

Ce qu'il y a de remarquable surtout c'est sa disposition qui d'une insertion primitivement centrale du cordon en a fait pour ainsi dire *une insertion vélamenteuse secondaire* (fig. 4).

c) **Présentation du siège décomplété mode des fesses et circulaire du cordon.** (*Bullet. Soc. gyn. et d'obst. de Bordeaux*, 1897.)

Il s'agit d'un fœtus de 4 mois 1/2 expulsé en présentation du


Fig. 5.

siège, décomplété mode des fesses. Un circulaire du cordon lui a

ligaturé les jambes relevées contre le plan ventral. La présence d'un sillon circulaire bien net montre que cette disposition n'est pas un accident produit au moment de l'expulsion (fig. 5).

III. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

a) **Pathogénie des paralysies obstétricales.** (*Annales de gynécologie*, janvier 1897.)

On sait que la paralysie brachiale obstétricale est une paralysie frappant d'impotence un groupe musculaire bien défini : le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial, le brachial antérieur, et le long supinateur.

Ceci fut démontré par Duchenne de Boulogne. Puis Erb d'Heidelberg et Féré montrèrent que tout le groupe musculaire atteint était sous la dépendance des Ve et VIe paires cervicales. Il était donc bien établi que la paralysie obstétricale était une paralysie radiculaire portant sur ces deux racines.

Erb avait en outre signalé, en 1874, un point situé entre les deux chefs des scalènes, correspondant, disait-il, à l'émergence des deux racines précitées, et au niveau duquel l'excitation électrique déterminait la contraction simultanée du groupe musculaire en question. Depuis ce moment il fut admis sans conteste par tous les auteurs que cette paralysie était le fait d'une compression exercée au cours de l'accouchement au niveau du point d'Erb.

Roulland (Th. 1887) en particulier s'efforce d'expliquer tous les cas au moyen de cette théorie.

Si la tête est sortie spontanément et que le diamètre bi-acromial franchit difficilement la filière pelvienne, les épaules se tassent et les clavicules se portant en arrière et en dedans comprimeraient les Ve et VIe racines cervicales contre les apophyses transverses des 6e et 7e vertèbres cervicales.

Au cours d'une application de forceps les branches trop enfoncées et mal dirigées, viendraient directement comprimer, le point d'Erb.

Enfin dans l'extraction tête dernière, l'application des doigts en fourche sur la nuque lèserait, directement aussi, le point d'Erb, par compression digitale.

Il nous a paru difficile d'admettre qu'à la suite de manœuvres si diverses, les traumatismes du plexus brachial puissent toujours s'exercer mathématiquement au même point, point si limité que l'on ne peut le déterminer électriquement qu'à l'aide de fines aiguilles. Aussi avons-nous tenu à rechercher expérimentalement quelle était la valeur de l'ingénieuse hypothèse actuellement et généralement admise.

Disséquant le plexus brachial chez des nouveau-nés d'âges divers, nous avons pu constater les faits suivants :

1° Si l'on tasse le diamètre bi-acromial de 4 à 5 centimètres, les clavicules se laissent refouler en arrière, c'est vrai ; mais ce qui se rapproche de la colonne vertébrale, c'est leur partie interne, *concave en arrière*. Aussi malgré un tassement exagéré des épaules, il existe toujours entre la colonne vertébrale et les clavicules une petite loge dans laquelle le paquet nerveux flotte à l'aise.

2° Si l'on applique un forceps sur la tête d'un fœtus dont on a au préalable mis à nu le plexus, on peut s'assurer que jamais le bec des cuillères ne peut venir comprimer les Ve et VIe racines cervicales profondément situées. C'est à peine si les téguments peuvent être excoriés.

3° Quant à la compression digitale exercée sur le point de Erb lorsque les doigts sont en fourche sur la base du cou (extraction tête dernière) on s'aperçoit immédiatement que ce n'est que pure hypothèse. D'abord les doigts s'appliquent en un point où tous les nerfs du plexus passent absolument groupés au-dessus de la première côte. Et puis sur quoi les comprimerait-on? Sur la première côte? En opérant les tractions avec les doigts en fourche, la côte s'abaisse et l'on fait fuir le plan résistant sur lequel les cordons nerveux auraient pu être comprimés.

De ces diverses constatations il résultait donc que le traumatisme du point de Erb, au cours de ces diverses manœuvres, est tout à fait imaginaire.

Quelle est donc la véritable cause de ces paralysies?

L'examen seul de la disposition du plexus brachial nous la fait

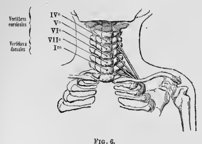


Fig. 6.

pressentir, si nous songeons que dans tous les cas, que ce soit pour extraire les épaules après la tête, ou que ce soit pour déga-

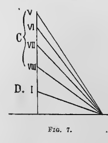


Fig. 7.

ger la tête dernière, on opère des tractions du cou, en inclinant la tête vers l'une ou l'autre épaule.

Le plexus brachial a en effet la forme d'un cône dont la base

répond à la colonne cervicale et dont le sommet fuit vers le creux de l'aisselle. Autrement dit, les deux racines supérieures montent plus haut sur la tige cervicale que les trois inférieures. Les Ve et

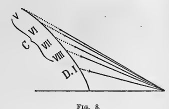


Fig. 8.

VIe paires émanent de la tige à 35 et 40 millim. au-dessous de la base du cou, tandis que les trois autres en sont distantes seulement de 28, 20 et 10 millimètres (fig. 6 et 7).

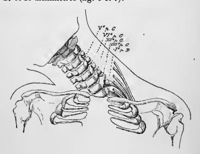


Fig. 9.

On comprend dès lors ce qui va se passer si l'on fait osciller la tige cervicale, en tirant et inclinant la tête d'un côté ou de l'autre. Les nerfs du plexus brachial seront d'autant plus tiraillés qu'ils

émanent d'un point plue élevé de la colonne cervicale (fig. 8.). L'expérience le prouve surabondamment.

1° Si fixant une épaule, on tire la tête en l'inclinant vers l'épaule opposée, on sent les deux branches supérieures du plexus, c'est-à-dire les V° et VI° paires cervicales, tendues comme des cordes de violon, alors que les troie autres branches restent relativement souples.

2° Si avant d'opérer les tractions asynclitiques du cou on a sectionné les racines nerveuses près de leur point d'émergence, on constate que lee tronçons des deux branches supérieures s'écartent de 26 et 28 millim., tandis que ceux des trois inférieures s'écartent de 12 et 8 millim. seulement (fig. 9).

3° Ce fait est encore plus démonstratif: si chez un nouveau-né dont on a mis à nu le plexus brachial, on fixe l'épaule correspondante, puis si l'on pratique une violente traction inclinée du cou vers l'épaule du côté opposé, il arrive un moment où l'on entendra un petit bruit sec : *Les V° et VI° racines cervicales se sont simultanément rompues, à quelques millimètres de leur émergence. Les trois autres sont intactes.*

Il est donc ainsi prouvé que les tractions asynclitiques du cou, tractions que l'on exécute toujours dans les cas que nous avons signalés tout à l'heure, *déterminent une véritable élongation des cordons qui vont innerver les muscles atteints dans la paralysie obstétricale*, alors que les mêmes mouvements laissent intacts les autres cordons du plexus brachial.

Cette manière de voir est confirmée par tous les faits cliniques observés par nous, ou relevés dans les différents auteurs dont les observatione sont euffisamment détaillées.

Le fait que nous venons de prouver, à eavoir que les filets du plexus brachial sont d'autant plue tiraillés au cours des tractions inclinées du cou, qu'ils émanent d'un point plus élevé de la tige cervicale, explique parfaitement en outre, un détail bien connu dans l'histoire de la paralysie obstétricale et qui est le suivant. Le deltoïde est quelquefois le seul muscle paralysé, oubien *s'il est paralysé en même temps que les muscles de la loge antérieure du*

bras, ce qui est le cas le plus fréquent, il est beaucoup plus long que ces derniers à récupérer ses mouvements. Souvent même le deltoïde est à jamais frappé d'impotence, alors que les autres muscles reprennent plus ou moins rapidement leurs fonctions.

Une loi d'innervation générale établie par Forgues dit que : *lorsqu'un groupe musculaire est innervé par un plexus, le muscles les plus élevés reçoivent les filets les plus élevés du plexus.*

Or, d'après cette loi, le deltoïde *que nous savons être le plus touché dans la paralysie obstétricale,* doit être innervé *par les filets les plus élevés du plexus brachial,* ceux que nous avons démontré être *les plus élongés au cours des tractions inclinées du cou.*

b) **Nouvelle observation de paralysie obstétricale.** *(Bullet. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux,* mai 1897.)

Une nouvelle observation détaillée concernant un enfant de 3,250 grammes extrait tête dernière, vint encore nous confirmer le bien fondé de notre théorie. Le dos était à droite. Pour dégager le bras postérieur relevé, on dut soulever fortement en haut le tronc du fœtus, la tête étant immobilisée au détroit supérieur. Dans cette attitude la traction asynclitique du cou a porté sur le côté gauche. Paralysie brachiale du côté gauche.

A la suite de la publication de notre mémoire, M. Cibert, de Lyon, dans sa thèse inaugurale (1), adopte complètement notre théorie et pense que le tiraillement des racines du plexus est la principale sinon la seule cause des paralysies radiculaires obstétricales.

M. Comby (2) dans le nouveau traité des maladies de l'enfance, rappelant nos expériences et nos recherches, se rattache aussi à nos conclusions concernant la pathogénie des paralysies brachiales du nouveau-né.

(1) *Des paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial.* MAURICE CIBERT. Thèse de Lyon, 1897.

(2) *Traité des Maladies de l'enfance* (GRANCHER, COMBY et MARFAN), t. IV.

c) **Oblitération du canal artériel.** (*Bull. de la Soc. anat. de Bordeaux*, 1894.)

Bien des théories ont été émises pour expliquer l'oblitération du canal artériel. Beaucoup d'entre elles sont consignées dans l'ouvrage de Parrot. Depuis, Testut et Hertwig ont pensé que ce phénomène était en connexion avec la respiration pulmonaire, les poumons détournant à leur profit le sang qui primitivement passait dans le canal artériel. Pour Bouchard (de Bordeaux) et Schwanz, ce seraient surtout les tiraillements et la torsion imprimés à ce vaisseau au moment de l'abaissement du diaphragme qui empêcheraient le sang d'y circuler.

En somme, deux théories : l'une attribuant l'imperméabilité du canal artériel aux mouvements de traction et de torsion qui lui sont imprimés ; l'autre invoquant une sorte de dérivation sanguine au moment de la respiration pulmonaire.

En expérimentant sur des fœtus mort-nés nous avons pu tout d'abord constater qu'en abaissant le diaphragme, on observe bien un glissement du cœur sur la face convexe du foie, glissement qui porte l'organe à gauche et en avant, en lui imprimant un léger mouvement de torsion de gauche à droite. Mais ce mouvement complexe n'imprime au canal artériel qu'un déplacement peu sensible, lui conservant toute sa perméabilité. Nous nous sommes du reste assuré de ce dernier fait par l'expérience suivante :

Les organes thoraciques sont enlevés en masse. Au moyen d'un tube nous mettons en communication le ventricule droit avec un entonnoir élevé à 60 centim. Un deuxième tube de verre placé dans l'aorte permet de constater facilement l'écoulement du liquide par ce vaisseau. Si l'on verse de l'eau dans le récipient, on remarque que le liquide s'écoule librement par l'aorte, sans que les tractions ou les mouvements de torsion imprimés au cœur influent d'une manière sensible sur le débit du tube abouché à l'aorte. Mais si on vient à insuffler de l'air dans les poumons, *l'écoulement de liquide diminue considérablement. Cependant l'eau tombe encore goutte à goutte du tube de verre faisant suite à l'aorte.*

Renouvelant alors l'expérience, mais sur un fœtus dont les organes sont laissés en place dans le thorax, on remarque que *l'insufflation empêche tout liquide de passer de l'artère pulmonaire dans le système de la grande circulation.*

Cette série d'expériences s'accorde bien avec l'idée d'Hertwig, à savoir que la subite ampliation des poumons détermine dans tout le réseau pulmonaire une pression négative qui force le sang provenant du cœur droit à filer dans les artères pulmonaires, au niveau desquelles se produit une sorte d'aspiration. Mais il y a quelque chose de plus, car malgré l'ampliation pulmonaire il n'en est pas moins vrai que le trait d'union entre les deux circulations existe toujours. Un fait qui a attiré notre attention, c'est que dans nos expériences nous avons vu l'écoulement de liquide diminuer seulement lorsque les organes étaient enlevés du thorax, et s'arrêter au contraire d'une façon complète si ces derniers étaient laissés en place.

Un examen plus minutieux nous a permis alors de remarquer les faits suivants. Les poumons dilatés par l'acte respiratoire, gênés dans leur expansion par le gros volume du thymus, se moulent par leur face interne sur les gros vaisseaux thoraciques. La face interne du sommet gauche rencontre la crosse de l'aorte et l'artère pulmonaire qui lui résistent par le fait de la pression intravasculaire et un coin du poumon pénètre dans l'espace libre laissé entre ces deux vaisseaux, comprimant ainsi le canal artériel dans lequel la pression devient nulle dès les premières inspirations.

La preuve de ceci en est dans les coupes de fœtus congelés que nous avons pratiquées, coupes passant en avant par le 2e espace intercostal et en arrière par la 6e vertèbre dorsale (photographies des coupes présentées à la Soc. d'anatomie). On remarque à la face interne du poumon gauche, à 8 ou 10 millim. au-dessous de son extrémité supérieure, une petite pyramide de tissu pulmonaire résistant, dont les faces supérieure et inférieure répondent à l'aorte et à l'artère pulmonaire, *et dont le sommet vient buter perpendiculairement contre le canal artériel maintenu en arrière*

par la trachée. La portion étranglée du vaisseau décrite par Parrot, Schwanz, etc., correspond exactement au coin pulmonaire.

Sur le poumon droit on diatingue aimplement une petite crête dont les deux veraants sont venua se mouler sur le tronc brachiocéphalique et la trachée, et dont l'arête se loge dans l'angle rentrant formé par le rapprochement de ces deux conduits.

Il semble donc rationnel d'admettre, en outre de l'action évidente de l'aspiration pulmonaire, une action directe de ce coin ou tampon pulmonaire qui vient barrer le chemin au sang noir, lequel tout en ayant la route faite vers les artères, aurait encore la voie libre vera la grande circulation.

d) **Antipyrine et lactation. Méthode personnelle de recherche de l'antipyrine dans le lait de femme.** (*Archives cliniques de Bordeaux*, octobre 1897. — *Bulletin médical*.)

Ce travail a tâché de régler la question du passage de l'antipyrine dans le lait des nourrices, ainsi que celle de son influence aur la secrétion lactée ou sur le nourriason lui-même. L'accord était loin d'être établi entre lea auteurs qui se sont occupéa de la question.

Précédemment lea réactifs employés avaient été tantôt le perchlorure de fer, tantôt l'acide azotique nitreux. Mais le premier de ces réactifs est peu aensible, et le deuxième, employé directement avec le lait, est sujet à erreur, comme nous l'avona démontré.

En effet, expérimentant sur du lait de femme ayant abaorbé de l'antipyrine, nous obtenions avec les vapeurs nitreuses, la coloration verte dite caractéristique, 15, 10 puis 5 minutes après l'ingestion du médicament. Enfin du lait de femme n'ayant jamais pris d'antipyrine ou du lait de vache verdissaient sous l'influence du réactif.

Nous démontriona ainsi que de très grosses erreurs avaient été commises avec l'emploi de cette méthode.

Aprèa de longs tâtonnements, nous trouvions enfin un procédé absolument sûr, exempt de causes d'erreur, nous permettant de

déceler l'antipyrine dans le lait do femme dès qu'elle s'y trouve dans une proportion inférieure à 1 pour 20,000.

Grâce à cette méthode, il nous fut alors facile de nous assurer que l'antipyrine commence à passer dans le lait de 4 à 6 heures après la prise et disparaît au bout d'un temps qui varie de 19 à 23 heures. Pendant ce laps de temps le médicament passe dans le lait dans une proportion inférieure à 1 pour 20,000, ce dont nous avons pu nous assurer par la colorimétrie. Ce n'est que si la femme prend des doses assez considérables, 4 grammes en quelques heures, que le médicament atteint sensiblement cette proportion déjà très faible.

De nombreuses analyses nous ont ensuite démontré que sous l'influence de l'antipyrine, la sécrétion lactée ne varie pas en quantité d'une façon sensible. De plus, la proportion de lactose, de beurre, de caséine reste absolument identique.

Enfin les pesées quotidiennes des 15 enfants appartenant aux femmes soumises à nos expériences nous ont démontré que jamais ceux-ci n'ont souffert de la quantité infinitésimale d'antipyrine qu'ils absorbaient, infinitésimale puisque au maximum l'antipyrine ne passe dans le lait qu'à la proportion de 0 gr. 05 par litre.

Medico. Medizinische Wochen. Rundschau. Berlin (29 dézember 1897). Ce journal donne une analyse de notre mémoire sur l'antipyrine et est d'avis que ces recherches sont suffisamment précises pour que l'on soit autorisé à donner de l'antipyrine, à doses moyennes, aux femmes qui allaitent.

e) **Iodure de potassium et lactation.** (*Revue obstétricale internationale*, mai 1897.)

D'après un préjugé très répandu et à la suite des expériences faites en 1882 par Stumpsur la chèvre, il semblerait très téméraire de prescrire de l'iodure de potassium à une femme qui allaite et qui tient à allaiter.

L'iodure de potassium a-t-il en effet une réelle influence sur la sécrétion lactée ? A-t-il une action antigalactogène ? Cela était intéressant à résoudre, surtout au point de vue des syphilitiques

chez lesquelles il est si avantageux de ménager la sécrétion lactée, tout en continuant ou en instituant le traitement spécifique.

Nos expériences cliniques nous ont démontré les faits suivants :

A partir de l'accouchement 4 femmes ont pris quotidiennement $1^{gr},50$ d'iodure de potassium, pendant 12, 14, 15 et 17 jours. Deux femmes ont absorbé quotidiennement 2 grammes d'iodure continués pendant 9 et 20 jours. Chez ces 6 malades la sécrétion laiteuse a été dea plus abondantes. L'une d'elles même faisait téter son enfant d'une façon exagérée pour dégorger ses seins, si bien que ce nourrisson a présenté des troubles gastriques dus à la suralimentation.

En somme, le traitement ioduré ne présente chez la femme qui doit allaiter ou qui allaite aucun inconvénient. Chez nos 6 malades :

1° La montée laiteuse n'a pas été retardée. Elle a apparu 42,63, 68, 75 et 70 heures après l'accouchement.

2° La sécrétion n'a pas eu de défaillance pendant tout le séjour de ces femmes dans notre service.

3° L'augmentation de poids des enfants nous a montré que le passage du médicament dans le lait n'a été la cause d'aucun trouble de nutrition, appréciable du moins chez le nouveau-né.

f) **Du passage de la tête fœtale dans les bassins aplatis et dans les bassins à type infantile. Recherches expérimentales et cliniques.** (Thèse de Doctorat, 1896.)

Dans ce travail nous repassions expérimentalement sur des bassins frais et garnis de leurs parties molles, les différents temps de l'engagement dans les bassins aplatis.

Puis nous rapportions, pour les rapprocher de ces expériences, des observations cliniques dans lesquelles des têtes dont le D. bipariétal mesurait 90 et 95 millim., avaient pu passer des détroits dont le diamètre utile était de 80 à 85 millim.

Il suffisait, pour cela, même sans faire intervenir la réductibilité, que l'inclinaison sur le pariétal postérieur se fît convenable-

ment et que le D. bipariétal s'orientât dans un D. latéro-sacro-pubien, plus grand que le D. minimum.

Quant à ce qui concerne les bassins infantiles, bassins de filles de 13 à 14 ans, nous rappelions qu'ils ont été désignés sous le nom de bassins ronds. En effet le D. promonto-pubien mesure de 90 à 95 millim. et le D. transverse 95 à 100 millim. Les D. antéro-postérieurs sont donc suffisants et la dystocie peut résulter de l'exiguïté des D. transverses. Aussi pour effectuer son engagement, la tête est-elle obligée de se fléchir à l'extrême ; à tel point que la partie latérale du front qui regarde en arrière se trouve en contact avec l'angle sacro-vertébral. Dans 2 observations qui nous ont été données par M. Lefour, observations ayant trait à des accouchements dans des bassins infantiles, les enfants vinrent au monde avec une dépression très nette sur la partie latérale du front. (Nous fîmes la photographie de l'un de ces enfants.)

Nous faisions remarquer que dans de tels bassins, puisque les diamètres antéro-postérieurs sont suffisants, l'extraction tête dernière permettrait, théoriquement du moins, et nos expériences nous le montraient, de faire échapper le front à ce traumatisme de l'angle sacro-vertébral.

IV. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE

1° Pathologie de la grossesse.

a) **De la valeur pronoatique des chlorures dans l'albuminurie gravidique.** (*Archives cliniques de Bordeaux*, septembre 1897.)

D'une façon générale, on peut affirmer avec M. le professeur Bouchard que pour ce qui concerne les maladies chroniques la diminution progressive ou brusque des chlorures urinaires quand elle n'est pas liée à une alimentation particulière est l'indice d'une phase grave de la maladie.

Partant de ce fait, et nous appuyant sur ce détail remarqué par M. Lefour, que les chlorures étaient en quantité excessivement faible dans les urines des éclamptiques, nous avons songé à pratiquer le dosage des chlorures chez un certain nombre de femmes enceintes albuminuriques.

Mais auparavant nous avons tenu à revoir par nous-même certains détails touchant la composition de l'urine physiologique des femmes enceintes, ce qui nous a permis, chemin faisant, de redresser une erreur courante depuis Chalvet (1863) et Barlemont (1870). — *Pour ces auteurs la diminution de l'urée est constante et considérable chez la femme enceinte*. La quantité excrétée ne dépasserait pas en moyenne 8 gr. 23 par 24 heures.

Or chez 20 femmes arrivées au dernier mois de la grossesse, 10 prises à la maternité, 10 prises à la clinique obstétricale, nous avons trouvé une moyenne de 20 gr. 205 d'urée excrétée par 24 heures. Les résultats des auteurs précédents tenaient sans doute à l'alimentation peu substantielle accordée à cette époque aux pensionnaires des établissements hospitaliers.

Quoi qu'il en soit, nous reconnaissions que *chez la femme enceinte arrivée au terme ou près du terme, la quantité d'urée excrétée par 24 heures est égale, à peu de chose près, à celle qui est excrétée en dehors de l'état gravidique*.

Nous remarquions en outre, d'accord en ce dernier point du reste avec Chalvet et Barlemont, que le taux des chlorures urinaires est toujours très élevé chez la femme enceinte; *15,95 en moyenne par 24 heures d'après nos chiffres*.

Faisant alors nos analyses sur les urines des femmes albuminuriques nous trouvions, pour 24 heures :

1° Chez 7 albuminuriques, à terme ou près du terme, *ne présentant aucun signe clinique d'auto-intoxication*, et dont les urines contenaient une quantité d'albumine variant de 2 gr. 50 à 7 gr., *la quantité de chlorures variait de 13 gr. 50 à 18 gr. 90*. (Voir pour plus de détails, tableau IV de notre mémoire.)

2° Chez 6 albuminuriques, à terme ou près du terme, *présentant des troubles d'auto-intoxication plus ou moins accentués*

et dont les urines renfermaient une quantité d'albumine variant de 1 gr. 50 à 5 gr., *la quantité des chlorures éliminés par 24 heures n'était plus que de 4 gr. 18 à 9 gr. 60* (Tableau V).

Il semblait donc que, quelle que soit la proportion d'albumine, les troubles résultant de l'auto-intoxication paraissent en rapport avec la quantité des chlorures éliminés par l'urine.

3° Chez quatre éclamptiques enfin, nous avons trouvé une diminution des chlorures encore plus importante, l'élimination n'était plus ici que de 0 gr. 64 à 5 gr. par 24 heures (Tableau VI).

Nous terminions en concluant :

Chez la femme dont la grossesse est physiologique ou *chez celle dont l'albuminurie n'est accompagnée d'aucun symptôme alarmant, le taux des chlorures urinaires reste élevé.*

Tandis que *dès que l'albuminurie se complique* soit de céphalée, de vertiges, de vomissements, etc... *le taux des chlorures diminue plus ou moins dans l'urine, et ceci parallèlement, semble-t-il, avec le degré de l'intoxication.*

b) **Arthrite blennorrhagique et puerpéralité.** En collaboration avec M. Lefour. (*Gazette hebd. des sc. médicales de Bordeaux*, juin 1896.)

Relation de l'histoire d'une jeune femme primipare, qui depuis le 5e mois de sa grossesse avait des pertes vaginales abondantes, de couleur jaune ou verdâtre.

Au début du neuvième mois les mictions deviennent douloureuses, puis des douleurs fugaces envahissent successivement plusieurs articulations, pour se localiser définitivement sur le genou droit. Peu à peu cette articulation se tuméfie, devient très douloureuse à la pression. La malade est obligée de garder le lit. Deux jours après l'apparition de ces accidents aigus, accouchement d'un enfant vivant de 2,800 grammes à la suite duquel les phénomènes articulaires s'exagèrent très rapidement. Une ponction à la seringue de Pravaz ramène un liquide purulent verdâtre. Immobilisation et pointes de feu. 36 jours après, les accidents ont presque complètement disparu.

Bien qu'il nous ait été impossible de déceler les gonocoques dans le liquide vaginal ou dans le liquide articulaire, nous pensions devoir faire cliniquement de cette arthrite une manifestation de la blennorrhagie.

Nous insistions sur ce fait que d'après le plus grand nombre des observations, *le rhumatisme gravidique ne paraît être qu'une manifestation de la blennorrhagie.* Si l'artbrite blennorrhagique paraît se montrer avec une plus grande fréquence chez la femme enceinte, c'est qu'en déterminant une congestion des organes génitaux externes, la gravidité ainsi que le travail sont des conditions qui semblent donner un coup de fouet à l'infection jusque-là latente, quelquefois même ignorée.

Nous faisions remarquer en outre, que contrairement à l'opinion de bien des auteurs, la marche de l'affection avait été, chez cette femme, plutôt aggravée par l'accouchement.

De plus, il ne faudrait pas, comme l'a prétendu Vinay, faire l'arthrotomie dès que l'on a constaté du pus dans l'articulation, surtout comme dans le cas qui nous occupe, si c'est un pus qui reste stérile à la culture. Notre malade a parfaitement guéri par la seule immobilisation.

c) **Délire post-éclamptique pendant la grossesse.** (*Revue obstétricale internationale*, avril 1897.)

Il s'agit d'une primipare de 20 ans qui, au septième mois de sa grossesse, est prise chez elle de trois accès éclamptiques. Albuminurie massive. 48 heures après le premier accès convulsif, elle est brusquement prise de manie : excitation extrême, hallucinations, cris incohérents, etc. Douze heures après elle accouche d'un enfant mort, puis 2 heures après la délivrance l'excitation et les cris cessent pour faire place à un état comateux dans lequel elle succombe rapidement.

Cette forme de psychose répond bien à ce que MM. Chaslin et Régis ont décrit sous le nom de confusion mentale hallucinatoire, forme qui se retrouve dans les délires consécutifs aux diverses intoxications, l'alcoolisme et l'urémie par exemple.

Nous faisions remarquer que chez notre malade les troubles psychiques avaient coïncidé avec la montée laiteuse, fait qui pourrait bien s'être produit dans d'autres circonstances, puisque c'est habituellement 36 ou 48 heures après l'apparition des convulsions que les troubles mentaux apparaissent. Or il est fréquent de voir l'enfant succomber dès les premiers accidents convulsifs et la montée laiteuse se produire 48 heures après environ.

d) **Rougeole et grossesse.** *(Archives cliniques de Bordeaux,* avril 1896.)

Observation d'une femme primipare chez laquelle la rougeole se déclare dans la dernière semaine du neuvième mois.

Nous faisions observer à ce sujet, ainsi que nous le relevions dans d'autres cas, que le travail se déclare non pas au moment de l'acmé de la température, mais au moment de l'apparition de l'exanthème, ce qui n'est pas la même chose. Il semble que les agents infectieux et leurs toxines se portent en même temps et sur le tégument externe et sur le muscle utérin.

Nous remarquions aussi que dans ces conditions le travail est presque toujours exceptionnellement rapide.

Enfin l'enfant présenta l'exanthème morbilleux 8 jours après sa naissance, ce qui donne à supposer que la contagion a été intra-utérine, puisque nous savons qu'habituellement l'incubation dure une douzaine de jours. Ceci nous a permis de *suivre la période d'invasion de la rougeole chez le nouveau-né,* ce dont nous n'avons pas trouvé d'autre observation.

Cette période d'invasion n'a présenté rien de semblable à ce qui se remarque chez l'adulte. Pendant les quatre jours qui ont précédé l'éruption, la dénutrition a été extrême, perte de poids considérable, température rectale de 33°, 4 à 34°, 5. Mais à partir du moment où l'éruption se montra, l'état général s'améliora rapidement, ce qui fut mis hors de doute par l'augmentation rapide du poids.

e) **Paludisme et grossesse.** (*Bulletin médical*, juillet 1897.)

Il s'agit d'une femme ayant eu, quelques années auparavant, des accès de fièvre paludéenne et chez laquelle le réveil des accidents coïncida avec le début d'une grossesse. Mais c'est sur un point plus intéressant que nous nous arrêtions.

Au 7e mois les accès deviennent plus fréquents (quotidiens) et plus intenses, puis s'accompagnent de contractions utérines douloureuses. Des glaires s'écoulent et le col devient perméable. En somme, on constate un début de travail.

La quinine administrée dans de telles conditions allait-elle exagérer les contractions utérines et précipiter le travail, comme on le prétend d'habitude, ou bien en combattant la cause allait-elle enrayer le travail prématuré?

Le sulfate de quinine administré pendant 3 jours à la dose quotidienne de 1 gramme suspend les accès en même temps que disparaissent progressivement les douleurs abdominales et les autres manifestations du travail.

f) **Tuberculose du père et grossesse.** (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1897.)

Observation qui montrerait l'influence de la tuberculose avancée du père sur la mort du fœtus au cours de la grossesse.

g) **Alcoolisme du père et grossesse.** (*Bullet. Société d'anatomie de Bordeaux*, 1897.)

Observation montrant l'influence néfaste d'un père alcoolique sur le produit de la conception.

h) **Fibrome et grossesse.** (*Bulletin médical*, août 1897.)

Rapprochement des observations de deux femmes examinées à court intervalle. Chez l'une un volumineux fibrome du col, du volume des deux poings environ, nous oblige de terminer l'accou-

chement par une basiotripsie sur la tête dernière. Chez l'autre une tumeur aussi volumineuse mais siégeant sur le segment inférieur remonta au cours du travail et permit l'expulsion d'un gros enfant.

Nous faisions remarquer à ce sujet, en nous appuyant sur les statistiques diverses, que parmi les fibromes prævia, ceux qui sont sous-vaginaux sont beaucoup plus à craindre que ceux qui sont développés dans la portion sus-vaginale du col ou dans le segment inférieur.

Ces derniers seuls paraissent susceptibles de présenter au cours du travail l'ascension spontanée si favorable à la terminaison de l'accouchement.

i) **Disparition d'un fibrome à la suite d'une grossesse.** (*Bullet. Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 1897.)

On a cité des exemples de disparition de fibrome à la suite de la grossesse. Chez une de nos malades dont nous avons déjà rapporté l'histoire et chez laquelle il fut utile de pratiquer une basiotripsie sur une tête arrêtée par un fibrome du col gros comme une tête de fœtus, il nous fut possible après l'accouchement de suivre non pas la régression, mais l'élimination progressive de la tumeur par voie de sphacèle. Vingt jours après il ne restait presque plus rien de cette énorme tumeur.

Nous présentions plus tard à la Société d'anatomie cette malade enceinte à nouveau, arrivée au 5e mois de sa grossesse et chez laquelle un toucher vaginal attentif démontrait que la disparition de ce gros fibrome était bien complète et définitive.

j) **Kyste du col et grossesse.** (*Bullet. Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 1897.)

Présentation de coupes histologiques d'un volumineux kyste développé sur la lèvre postérieure du col, kyste pris par une sage-femme pour une poche des eaux.

k) **Kyste pédiculé du ligament large et grossesse.** En collaboration avec le Dr Bégouin. (*Bull. Soc. d'obst. et de gynéc. de Bordeaux*, juillet 1897.)

Observation d'une primipare chez laquelle une grossesse se développa concurremment avec un volumineux kyste du parovaire. La grossesse s'interrompit à 7 mois. Deux jours après l'accouchement l'utérus tombe en rétroflexion irréductible sous la poussée de la tumeur abdominale qui s'accroît de volume et devient douloureuse. La rétention lochiale est complète. Élévation de la température. Laparotomie et ablation de la tumeur que l'on trouve être un énorme kyste pédiculé du ligament large avec torsion du pédicule (3 tours de spire). La malade succombe 6 jours après l'opération.

Nous profitions de l'histoire de cette malade pour la comparer à nombre d'autres observations ayant trait aux rapports des kystes ovariens avec la puerpéralité. L'interruption fréquente de la grossesse, la rupture du kyste, ses causes de dystocie, son infection possible pendant les suites de couche, la torsion de son pédicule sont autant de raisons qui doivent faire accueillir l'intervention aussi précoce que possible.

l) **Mort et longue rétention du produit de conception dans les utérus rétrofléchis.** En collaboration avec M. Chaleix. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1897.)

A l'occasion de trois observations personnelles nous faisions remarquer combien le produit de conception peut être retenu longtemps après sa mort dans la cavité utérine lorsque l'organe est en rétroflexion accusée.

Nous faisions ressortir ensuite à quel point cette position vicieuse de l'organe favorise la mort du produit, ce qui n'est pas étonnant, si on considère que dans cette position la circulation utérine est singulièrement troublée. D'abord, coudure des artères utérines au niveau de l'angle de flexion ; puis diminution de calibre des artères utéro-ovariennes, appuyées sur le bord tranchant des ligaments falciformes, si l'utérus est tombé dans le Douglas.

Cette disposition particulière des vaisseaux diminue bien certainement l'apport sanguin nécessaire au développement de l'œuf.

m) **Note sur un cas d'avortement.** (*Bullet. Soc. d'anatomie de Bordeaux*, février 1897.)

Présentation de pièces concernant une femme dont l'avortement de 6 semaines (criminel très probablement) évolua d'une façon curieuse. Pendant 3 jours cette femme expulsa des lambeaux de caduque putréfiée, caduque vérifiée au microscope, puis au bout de ce temps expulsa un œuf entier, complètement dépouillé de toute membrane maternelle.

2° Dystocie et Opérations.

n) **Symphyséotomie pour bassin rachitique avec D. promonto-sous-pubien de 85 millim.** (*Archives de gynécologie et de tocologie*, janvier 1897.)

En 1896 une femme de 1 m. 48, scolio-rachitique, dont le D. promonto-sous-pubien mesure 85 millim., nous est envoyée à la Maternité de Bordeaux.

En 1892 on a déjà pratiqué un accouchement prématuré à 7 mois qui s'est terminé par la naissance tête dernière d'un enfant mort pendant le travail.

Sa grossesse actuelle est à la fin du 6e mois. D'accord avec M. Lefour, nous décidons d'attendre le terme et de demander à l'agrandissement du bassin un enfant vivant et viable. M. Lefour voulut bien me confier l'opération qui fut pratiquée sans la moindre difficulté. Enfant vivant de 2,240 grammes. D. bipariétal 9 cent. La femme se lève le 20e jour et quitte le service en excellent état 30 jours après l'opération avec son enfant pesant 2,800 grammes.

o) **Symphyséotomie pour bassin rachitique avec D. promonto-sous-pubien de 10 cent.** (*Bull. Soc. de gyn. et d'obst. de Bordeaux*, 1897.)

Une jeune rachitique primipare, enceinte de 8 mois, se présente

à la clinique d'accouchement au mois de janvier 1897. Nous la laissons aller à terme, et au moment du travail, M. le professeur Moussous veut bien me charger de l'opération.

La symphyséotomie est faite avec la plus grande facilité en 8 minutes. Enfant vivant extrait au forceps. Poids 2,830 grammes. D. bipariétal, 9 cent.

Suture du manchon fibreux périsymphysien avec 3 points au catgut n° 5. — Sutures superficielles au crin de Florence.

Les suites de couches sont parfaites. La femme se lève le 17e jour et quitte le service le 27e jour avec son enfant bien portant.

Chez nos deux premières opérées nous faisions remarquer que dès les premiers pas (20e jour et 17e jour) il n'y avait pas eu le moindre trouble fonctionnel du côté de la locomotion.

p) **Symphyséotomie d'un bassin normal pour excès de volume et irréductibilité de la tête fœtale.** (*Annales de gyn. et d'obst.*, janvier 1898.)

Bien pénétré de cette idée, sur laquelle MM. Pinard et Varnier insistent journellement, à savoir que la même thérapeutique doit être opposée aux rétrécissements réels et aux rétrécissements relatifs, nous pratiquions le 14 juillet dernier l'agrandissement momentané du bassin chez une quartipare. Cette femme avait déjà accouché 3 fois sans difficulté. Son dernier enfant, une fille, venue par le siège, pesait 4,000 grammes, avec un diamètre bipariétal de 95 millim. A son arrivée à la clinique, nous constatons qu'après la dilatation complète et la rupture des membranes, la tête très volumineuse et très ossifiée n'a pas de tendance à l'engagement. Nous attendons en vain pendant 5 heures l'engagement spontané.

La symphyséotomie s'impose. M. le professeur Moussous me confie l'opération. En 8 minutes la symphyséotomie est faite. Extraction facile au forceps, avec 5 centimètres d'écartement, d'un gros enfant, garçon, pesant 3,730 grammes et dont la tête anormalement ossifiée a un diamètre bipariétal de 105 millim.

Suture exacte et serrée du manchon périsymphysien avec

3 catguts n° 5. Crins de Florence pour les sutures superficielles.

Suites de couches physiologiques. La malade se lève le quinzième jour et à partir de ce moment va, vient dans la salle, et aide les infirmières.

Elle quitte le service le 23e jour, portant son enfant qui pèse alors 4,190 grammes.

Nous rappelions à ce sujet combien il faut peu se fier à la mensuration des diamètres accessibles pour porter un pronostic sur l'accouchement. M. Pinard insiste constamment sur ce point. Souvent une femme chez laquelle, de par les dimensions du bassin, on pensait devoir terminer l'accouchement par une pelvitomie, accouchera seule et facilement. Mais souvent aussi des femmes qui en raison de leur bassin large et de l'histoire de leurs accouchements précédents, semblaient devoir toujours enfanter sans difficulté, pourront être un jour ou l'autre justiciables d'un agrandissement du bassin.

Nous disions ensuite combien eût été meurtrier le forceps appliqué sur une tête aussi peu réductible. Il ne l'eût certainement fait descendre qu'au prix d'une fracture ou d'un enfoncement.

Enfin nous terminons en montrant l'innocuité de l'opération chez la mère *qui se levait 15 jours après l'opération, quittait le service le 23e jour et reprenait aussitôt son fatigant métier de domestique.*

g) **Version faite d'urgence dans un bassin rétréci. Extraction facile. Mort de l'enfant au 3e jour d'hémorrhagie méningée.** (*Annales de gyn. et d'obst.*, mai 1897.)

Une femme secondipare à bassin vicié (D. promonto-sous-pubien : 102 millim.) entre à la Maternité au mois de juillet 1896, enceinte de huit mois. Un premier accouchement a dû être terminé il y a 3 ans par M. Lefour, par une basiotripsie sur enfant mort pendant le travail, se présentant par la face variété frontale.

Nous attendons le terme de la grossesse, décidé à agrandir le bassin si l'accouchement ne peut se terminer de lui-même. Le tra

vail se déclare le 19 août. Tout est préparé pour une symphyséotomie.

Mais subitement la tête arrêtée au détroit supérieur se défléchit, fontanelle au centre du bassin, en même temps que tombe dans le vagin une anse de cordon. Celle-ci ne peut être maintenue réduite. Très rapidement les bruits du cœur faiblissent ; écoulement de méconium.

Une version faite aussitôt ramène l'enfant vivant, une belle fille de 3,290 grammes dont le D. bipariétal mesure 98 millim. L'extraction de la tête n'a donné lieu à aucune difficulté.

Le 3e jour, mort brusque de l'enfant. A l'autopsie, hémorrhagie méningée déterminée par une fissure du sinus latéral droit.

Nous insistions à ce sujet sur le résultat toujours douteux de la version appliquée comme traitement des rétrécissements du bassin. La facilité de l'extraction n'est souvent qu'un leurre ; car il est bien difficile d'évaluer la somme des forces mises en œuvre : traction toujours vigoureuse de l'opérateur et pression exercée par l'aide sur le front de l'enfant.

r) **Quelques cas de rigidité** *dite* **spasmodique du col traités par la rupture des membranes.** (*Annales de gyn. et d'obst.*, juin 1897.)

Ce travail est le résumé de cinq observations qui prouvent que dans certaines circonstances bien déterminées la rupture des membranes peut activer singulièrement une dilatation stationnaire depuis de longues heures.

Ces circonstances bien déterminées sont les suivantes, ainsi que l'a précisé M. Pinard : qu'il y ait ou non excès de liquide amniotique, la rupture des membranes doit être provoquée lorsque malgré des contractions utérines régulières, la dilatation est stationnaire depuis plusieurs heures, *les membranes restant tendues dans l'intervalle des contractions.*

Pratiquée dans ces circonstances, la rupture des membranes donne des résultats véritablement étonnants.

Dans nos 5 observations nous avons noté :

Le travail était arrêté depuis :	On pratique la rupture des membranes et la dilatation est complète au bout de :
11 h. 1/2	1 h. 1/2
33 h.	2 h.
9 h.	1 h.
45 h.	5 h. 1/2
59 h.	2 h. 1/2

Dans les cas que nous rapportions, la tension des membranes était secondaire, c'est-à-dire n'existait pas tout à fait au début du travail. Elle était accompagnée d'une certaine rigidité ou plutôt d'une tension des bords de l'orifice qui était elle-même en relation avec un état de demi-contracture permanent de l'utérus tout entier.

Chaque fois nous avons noté immédiatement après la rupture provoquée des membranes :

1° Que l'utérus reste encore dur pendant quelques minutes.

2° A cet état de contracture permanente fait suite un relâchement complet qui dure de 7 à 12 minutes, et qui s'accompagne de l'assouplissement des bords de l'orifice.

3° Après un repos généralement court, les contractions se montrent intermittentes et énergiques, complétant la dilatation d'une façon rapide.

s) **Cinq observations relatives au traitement des hémorrhagies liées à l'insertion basse du placenta.** (*Annales de gyn. et d'obst.*, août 1897.)

Nous avons tenu à grouper ces quelques observations, car elles sont des plus démonstratives au point de vue de la valeur relative des diverses méthodes thérapeutiques à opposer à ces hémorrhagies.

Dans les deux premiers cas, l'un compliqué de procidence du cordon, la rupture des membranes seule, et la rupture des membranes combinée avec le ballon de Champetier arrêtèrent immé-

diatement l'hémorrhagie, en nous donnant deux enfants vivants.

Le troisième a trait à une femme qui au septième mois fut prise d'une hémorrhagie des plus graves. Deux tamponnements successifs pratiqués par un médecin sont inefficaces. A notre arrivée la malade est en syncope, les bords de l'orifice sont dilatés comme



Fig. 10.

deux francs, le placenta recouvre tout ce qui est accessible, la tête fœtale est en bas. Auscultation négative. Il nous est impossible, vu l'exiguïté de l'orifice et la rigidité de ses bords, d'atteindre les membranes ; le placenta décollé nous barre partout la route. Le sang coule toujours. Toute la main étant introduite dans le vagin, deux doigts passent alors à travers le placenta (fig. 10) et arrivent

à atteindre et à accrocher un pied abeiesé par la main abdominale. Le tampon fœtal est alors appuyé sur l'orifice, et une demi-beure après, l'accouchement est terminé à travers le placenta sans qu'il ee soit écoulé une goutte de sang. La femme, considérée comme perdue à la suite des deux tamponnements, guérit rapidement.

La quatrième observation est celle d'une femme tamponnée en ville et qui arrive à la clinique obstétricale en état syncopal, son tampon gorgé de sang. La dilatation eet assez avancée, la rupture des membranes arrête immédiatement l'hémorrhagie. Un moment après, une version permet d'extraire un enfant en état de mort apparente, ranimé par l'insufflation. La femme guérit sans incidents.

La dernière concerne une secondipere enceinte de 6 mois, ayent des bémorrhagies à répétition depuis le commencement du quatrième mois, et chez laquelle la rupture spontanée des membranes mit fin définitivement aux bémorrhagies. Malgré l'ouverture de l'œuf, ouverture bien certaine puisqu'à plusieurs reprises nous avons constaté l'écoulement du liquide amniotique, la grossesse évolua encore 70 jours et sans le moindre incident. A la fin du huitième mois la femme met au monde un enfant vivant.

Ce groupe d'observations venait une fois de plus prouver *l'inanité du tampon* et montrer le résultet que l'on peut attendre de la rupture large des membranes, moyen prophylactique ou curatif employé si souvent par la nature elle-même. Nous disions, pour finir, qu'en outre de ses multiples avantages, cette méthode, seule à l'encontre du tamponnement et à l'encontre de la vieille méthode de Puzos dont il faut bien la différencier, permet aussi dans certains cas à la grossesse de suivre son cours. Comme nous venons d'en citer un remarquable exemple, après la rupture des membranes curatrice de l'hémorrhagie, la grossesse peut persister jusqu'au terme ou tout au moins jusqu'à la viabilité de l'enfant.

t) **Kyste dermoïde de l'ovaire cauae de dystocie.** (*Archives cliniques de Bordeaux*, mai 1897.)

Je rapportais l'histoire d'une femme arrivée en travail à la

Maternité et chez laquelle un kyste dermoïde de l'ovaire, gros comme une orange et prolabé dans le Douglas, précédait la tête dans sa tentative d'expulsion.

La tumeur menaçait d'éclater soit dans le vagin, soit dans le rectum. Je la ponctionnai d'abord, puis l'incisai et en vidai le contenu. Une application de forceps au D. S. me permettait ensuite d'extraire vivant un enfant de 3,220 grammes.

Après la délivrance je constatai une communication recto-vaginale de un centimètre, brèche immédiatement réparée par une suture à trois étages.

Le onzième jour la malade quittait le service complètement guérie.

A ce sujet je rappelai la relation fréquente qui semble exister entre la grossesse et le développement des kystes dermoïdes de l'ovaire, m'appuyant aussi sur un nouveau fait que j'observais actuellement dans le service de la clinique.

Au point de vue obstétrical les kystes dermoïdes, à pédicule long, mobiles, réguliers dans leur forme, ont une grande tendance à devenir pelviens, et sont certainement plus dangereux au moment du travail que les gros cysto-épithéliomes qui entravent plutôt la marche de la grossesse.

u) **De la physométrie**. (*Archives cliniques de Bordeaux*, juillet 1897.)

A la suite de 3 cas observés presque coup sur coup et dont 2 durent être terminés par basiotripsie, nous rappelions les symptômes et la gravité de cette terrible complication du travail.

Une seule de nos malades guérit. Malgré tous les effors du médecin, la terminaison fatale est malheureusement la règle à la suite de la physométrie putride.

v) **Mésocordon et hémorrhagie du travail.** (*Bulletin de la Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux*, juillet 1897.)

On sait que dans certains cas l'amnios forme une sorte de repli,

sorte de lame tendue entre un point plus ou moins éloigné de son implantation sur le placenta et un point quelconque du bord de cet organe. C'est un mésocordon amniotique, mésocordon sur lequel M. Pinard appelle l'attention de ses élèves.

Dans une circonstance ce mésocordon a été l'occasion d'un *décollement prématuré du placenta normalement inséré*. Au cours de la période d'expulsion (présentation du sommet) une femme perd une assez grande quantité de sang. — Après la délivrance, la mensuration des membranes, 26 et 13, nous indique que l'insertion n'empiétait pas sur le segment inférieur. Nous remarquions ensuite, que le cordon, long de 38 cent., inséré à 4 cent. en dehors du centre, est relié au bord du placenta par un méso. Le repli membraneux remonte sur le cordon à 6 cent. au-dessus de son insertion et forme une corde tendue de 16 cent. allant s'attacher au bord du placenta. (Photog.). Sur le point de la face utérine correspondant à l'insertion du méso est un caillot du volume d'un œuf de poule. En posant le délivre sur une table, on voyait fort nettement qu'en infléchissant le cordon du côté opposé au méso, mais dans le même plan que lui, la bride se tendait et soulevait le bord du placenta.

Nous faisions ainsi remarquer que le mésocordon peut, au cours du travail, devenir une cause de décollement périphérique du placenta normalement inséré. Mais il faut pour cela que ce repli soit assez développé et que le plan de ce méso soit lui-même disposé dans le sens de la traction du cordon.

w) **Forme curieuse de procidence du cordon.** (*Revue obstétricale internationale*, avril 1897.)

Chez une multipare il nous fut donné d'examiner le fait suivant tout à fait au début du travail. Le col intact dans sa longueur (4 à 5 cent.) est largement déhiscent. Il forme un long manchon cylindrique rempli par le cordon enroulé et tassé dans le conduit cervical comme le sont des anchois dans un flacon. Les membranes intactes et très souples affleurent l'orifice externe.

L'auscultation est négative, mais le doigt croit percevoir de très

faibles battements au niveau de la tige funiculaire. Ballon de Champetier. Les bruits du cœur deviennent perceptibles au bout d'un moment.

Enfant vivant de 2,740 grammes.

V. — THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

a) **Trois cas d'infection puerpérale.** (*Bulletin médical*, juin 1897.)

Conférence faite aux étudiants à la clinique obstétricale, sur trois malades au sujet desquelles nous montrions toute la gamme thérapeutique locale à opposer successivement aux accidents infectieux qui surviennent après l'accouchement : injection intra-utérine, curage digital, curettage. Nous en précisions les indications et la technique.

Ces trois observations pouvaient être pour les élèves un tableau résumé de la méthode thérapeutique permettant le plus souvent au médecin de lutter avec avantage contre l'infection puerpérale à son début.

b) **Curettage répété dans un cas d'infection puerpérale.** (*Bullet. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux*, mai 1897.)

Observation d'un cas d'infection post-abortive grave qui ne céda qu'à la suite d'un troisième curettage. Après cette dernière intervention la guérison fut rapide.

c) **Curage digital post-abortif.** (*Bulletin médical*, février 1898.)

A la suite de 14 observations d'avortement incomplet dans lesquelles le curage digital avait mis les malades immédiatement et définitivement à l'abri soit de l'hémorrhagie, soit de l'infection commençante, nous insistions, après MM. Pinard et Wallich, sur la valeur de cette méthode. Nous insistions aussi sur ce fait que

la curette est, dans ces cas, insuffisante ou dangereuse. Le curettage instrumental ne doit pas intervenir contre la rétention de fragments placentaires sous le prétexte que le curage digital est impossible. Non, l'introduction du doigt dans la cavité utérine et le déblayage digital sont toujours possibles. Si l'utérus résiste, les petits ballons ou les bougies de Hegar le rendent perméable. A leur défaut, rien que le doigt, connaissant bien les résistances différentes que vont lui opposer le col d'abord et l'anneau de contraction ensuite, pourra seul venir à bout de la besogne.

Notre conclusion était en somme, que cette méthode de choix à opposer à l'avortement incomplet est toujours possible quand on a véritablement le sage désir de la mettre en pratique.

d) **Prurit vulvaire traité par la méthode de Paul Ruge.** (*Bullet. Soc. de gyn. et d'obst. de Bordeaux*, mai 1897.)

Observation de guérison radicale en une seule séance d'un prurit rebelle à tout autre traitement.

e) **Injections de sérum comme hémostatiques dans les hémorrhagies liées à l'inertie utérine.** (*Bullet. Soc. d'obst. et de gyn.* février 1897.)

Il s'agit d'une hémorrhagie grave par inertie utérine au moment de la délivrance. L'inertie, rebelle à tous les moyens habituels, ne céda qu'à la suite d'une injection de sérum artificiel. Ce fait semble être la réalisation clinique d'expériences faites sur les animaux, et qui ont démontré que la transfusion agissait directement sur le muscle utérin en éveillant ou en exagérant sa contractilité.

f) **Sonde intra-utérine obstétricale.** (*Bulletin Soc. de gyn. et d'obst. de Bordeaux*, juin 1897.)

Présentation d'instrument.

g) **Procédé très simple d'insufflation chez le nouveau-né.** (*Presse médicale*, 28 avril 1897.)

Des expériences sur des cadavrea d'enfants et des essais très

probants sur des nouveau-nés nous ont montré que le stéthoscope obstétrical pouvait faire l'office d'insufflateur simple et commode. Certes il n'a pas la prétention de supplanter les tubes insufflateurs, mais si par hasard on en est démuni, le stéthoscope obstétrical, dont la plaque est dévissée, forme par son large pavillon évasé un masque qui embrasse le nez et la bouche du nouveau-né, et par son extrémité opposée un embout par lequel on insuffle.

Ce procédé d'une simplicité extrême a l'avantage d'être moins répugnant, mains fatigant et partant plus efficace que l'insufflation bouche à bouche.

C'est à la suite de l'empressement avec lequel il fut accueilli par les élèves sages-femmes de la Maternité et de la Clinique obstétricale, et à la suite des nombreux succès qu'il donna entre leurs mains que je songeai à publier ce procédé qui, je le répète, n'a nullement la prétention, ainsi qu'on a voulu me le faire dire, de remplacer les tubes insufflateurs.

VI. — VARIA

a) **Du millet du palais et de l'origine de certaines pseudo-ulcérations de la voûte palatine chez le nouveau-né.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, octobre 1897.)

Nous avons repris l'étude de ces petites granulations blanchâtres, physiologiques, qui sont si fréquentes sur la voûte palatine du nouveau-né, granulations étudiées déjà en 1850 par Bednar sous le nom d'aphtes du palais, puis par Bohrn sous le nom de millet du palais.

En 1869, MM. Guyon et Thierry en faisaient des glandes sébacées anormales, arrêtées dans leur développement.

Après avoir montré leur aspect macroscopique et leur topographie, points du reste fort bien étudiés par ces deux derniers auteurs, nous reprenions l'étude de leur structure histologique et de leur évolution.

Nous montrions d'abord que, loin d'être des productions glan-



Fig. 11.

dulaires palatines, ou des kystes par inclusion, pas plus que des

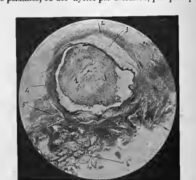


Fig. 12. — 1. Globe épidermique — 2. Épithélium de la muqueuse de la voûte palatine. — 3. Derme de la muqueuse. — 4. Lame conjonctive dense et festonnée limitant la cavité kystique. — 5. Derme de la muqueuse — 6. Glandes palatines.

productions sébacées, ces petites granulations avaient identiquement la même structure que les tumeurs perlées.

La partie superficielle de la muqueuse, dont l'épithélium pavimenteux n'est nullement modifié, est plus ou moins soulevée sui-

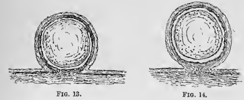


Fig. 13. Fig. 14.

vant le relief du globe épithélial inclus dans le derme de la muqueuse (fig. 11 et 12).

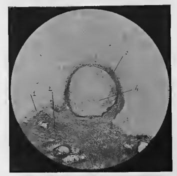


Fig. 15. — 1. Épithélium. — 2. Derme de la muqueuse. — 3. Épithélium et tissu conjonctif formant la coque du globe épidermique en voie d'élimination. — 4. Débris du globe épidermique fragmenté par le rasoir.

Celui-ci, composé de tissu conjonctif fibrillaire assez serré avec

quelques fibres élastiques et un assez grand nombre de cellules fixes, devient très dense au niveau de ce qui figure la paroi de la cavité. Cette paroi se présente sous forme d'une ligne festonnée très nette. C'est dans cette loge ainsi formée qu'est contenue la masse épidermique, sphérique, composée de cellules plates régulièrement disposées et stratifiées comme les squames d'un bulbe d'oignon. *C'est donc bien une perle épidermique.*

Au-dessous du derme de la muqueuse et du globe épithélial apparaissent en grand nombre les culs-de-sac des glandes salivaires palatines.

Quelle est la destinée de ces petites tumeurs ? L'idée émise par les auteurs précédents (Guyon et Thierry) est que la masse épidermique est évacuée par déhiscence du kyste.

Cela est, en effet, le cas le plus fréquent, mais le microscope nous a permis de surprendre un autre mode d'élimination (fig. 13, 14 et 15). La petite sphère soulève de plus en plus la couche superficielle de la muqueuse, finit par se pédiculiser et *tombe, enrobée d'une mince couche épithéliale, empruntée à la muqueuse palatine qu'elle laisse intacte derrière elle.*

Nous montrions enfin qu'en certains points de prédilection, ces petites tumeurs perlées peuvent s'agrandir et former de petites plaques blanchâtres. Il est utile de connaître la production de ces petites plaques physiologiques pour savoir les différencier, ainsi que nous l'indiquions, des ulcérations athrepsiques qui ne sont du reste très certainement que des modifications de ces follicules agminés, dues au trouble profond du travail nutritif.

b) **Note sur le mécanisme du dégagement transversal ou oblique de la tête fœtale.** (*Bulletin médical*, 18 juillet 1897.)

Dans trois cas de dégagement oblique ou transversal de la tête nous avons pu suivre pas à pas le travail. Si l'on consulte les classiques sur cette anomalie du dégagement, on voit qu'elle résulterait d'une non-accommodation de la tête au plancher pelvien. Une tête petite arriverait en position oblique ou transversale au détroit

inférieur et traverserait ainsi sans tourner le diaphragme musculaire.

Or nous nous sommes aperçu que l'idée classique était loin d'être toujours exacte.

Après avoir détaillé ces trois observations, nous faisions ressortir que chaque fois la tête avait exécuté correctement son mouvement de rotation intra pelvien l'occiput en avant. Puis au moment de se dégager de l'anneau vulvaire elle avait tourné à nouveau, et s'était dégagée alors, soit en position oblique, soit en position transversale.

Nous montrions qu'habituellement, lorsque les dimensions de l'enfant sont normales, et si le canal périnéo-vulvaire n'est pas anormalement allongé, la rotation des épaules ne s'effectue que lorsque la tête est complètement dégagée, et c'est alors seulement que cette dernière exécute son mouvement de rotation, dit externe ou extra-pelvien.

Mais si le fœtus est petit, si la distance qui sépare les épaules de la circonférence sous-occipito-frontale est plus petite que celle qui va de l'embouchure du détroit inférieur à l'orifice vulvaire, il peut arriver que les épaules tournent avant que le dégagement complet de la tête n'ait eu lieu.

Dans ce cas celle-ci suivra le mouvement imprimé par le tronc et franchira l'anneau vulvaire en position oblique ou transversale, selon que le mouvement de rotation des épaules sera en voie d'exécution ou déjà complètement effectué.

Nous terminions, en montrant que cette anomalie de mécanisme n'est en somme, dans certains cas au moins, que la représentation du mouvement de rotation externe ou extra-pelvien, qui se fait derrière l'anneau vulvaire au lieu de s'effectuer en avant.

c) **Hématome du plancher de la bouche chez un enfant extrait tête dernière.** (*Bullet. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, avril 1897.)

Présentation d'un nouveau-né offrant à la suite de l'extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau un hématome du plan-

cher de la bouche. Cette tumeur, du volume d'une noisette, gêna peu les mouvements de succion et disparut progressivement au bout d'une dizaine de jours.

d) **Statistique et fonctionnement de la Maternité de Bordeaux** (Service de M. Lefour) pour l'année 1897.

A la suite de la nouvelle organisation dont nous faisions ressortir tous les avantages, nous rapportions la statistique détaillée du service pour 1896, avec son résultat qui se passe de tout commentaire.

Sur 705 accouchements avec 64 opérations diverses :

Forceps	42
Version	6
Basiotripsie sur enfant mort	2
Symphyséotomie	1
Kyste de l'ovaire pendant le travail	1
Délivrance artificielle	12

Nous comptons :

Mortalité puerpérale	0
Mortalité générale	1, soit 0,14 p. 100.
(Endocardite rhumatismale et embolie cérébrale.)	
Morbidité puerpérale	1 — 0,14 p. 100.

VII. — PUBLICATIONS NON OBSTÉTRICALES

a) **Calculs multiples de la vessie n'ayant déterminé aucun symptôme caractéristique. Enkystement de cinq calculs.** (*Bulletin de la Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 1894.)

Un vieillard de 72 ans succombait, présentant depuis quelques années des symptômes de cystite chronique mis sur le compte du prostatisme. L'exploration n'avait jamais permis de supposer l'existence d'une pierre dans la vessie.

A l'autopsie, on trouve la vessie comme surmontée d'une petite

tumeur fluctuante du volume d'un œuf de poule, tumeur contenant du liquide et communiquant avec la vessie. A l'ouverture de celle-ci nous constatons qu'elle présente la disposition dite à colonnes. Il y a même, de ci, de là, de véritables cellules comme creusées dans les parois de l'organe. Une de ces cellules très dilatée n'est autre que la tumeur constatée déjà avant l'incision de l'organe et communiquant avec la grande cavité par un petit orifice circulaire de six millimètres de diamètre. Cette poche renferme cinq calculs du volume d'une petite noisette. Un sixième de même grosseur est enchâtonné dans une cellule de petite dimension.

Il nous a semblé intéressant de rapporter ce fait de cinq calculs enfermés dans une poche de nouvelle formation assez volumineuse, pour former un véritable diverticule vésical, et échappant ainsi à toute investigation.

b) **Anomalie de développement des organes génitaux.** (*Bullet. Soc. d'anat. de Bordeaux*, 1891.)

Une « femme » mariée depuis 9 ans est opérée en ville par M. le professeur Lanelongue, qui pratique l'ablation d'une tumeur du volume d'une orange, fluctuante et non réductible, siégeant dans la grande lèvre droite. Cette tumeur était constituée par une hernie épiploïque ayant filé par l'orifice inguinal. Mais, accolé au sac, on trouve un petit organe du volume d'une noix. L'examen macroscopique et microscopique nous démontra d'une façon non douteuse qu'il s'agissait d'un *testicule*. Le palper bi-manuel ne permit pas de déceler traces d'utérus. Jamais de menstruation bien évidemment.

Il est donc bien certain que malgré tous les attributs extérieurs de la femme, ce sujet, marié depuis neuf ans, appartient au sexe masculin.

c) **Kéloïde congénitale de l'avant-bras.** (*Bull. de la Soc. d'anatomie*, 1891.)

Présentation de pièces, de photographie et de coupes histologiques,

d) **Carcinome du rein.** (*Bull Soc. anat. de Bordeaux*, 1891.)

Il s'agit d'une tumeur enlevée par M. le professeur Lanelongue par néphrectomie transpéritonéale. La guérison fut facile. Nous faisions ressortir que, depuis l'opération, le malade rendait de 15 à 1,800 gr. d'urine avec 18 gr. d'urée par litre, alors qu'avant l'opération il n'en émettait que 8 à 900 gr. contenant par litre 13 gr. d'urée.

e) **Cancer végétant du mésentère coïncidant avec un kyste du parovaire prolabé dans le Douglas.** (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, 1891.)

Présentation de pièces. Nous insistions sur la difficulté du diagnostic dans ce cas complexe.

f) **Fracture en T de l'extrémité inférieure du fémur.** (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, 1890.)

Présentation de malade. Cette fracture a été traitée par le massage. Nous faisions remarquer la rapidité de la guérison, puisque le sujet au bout du trentième jour marchait sans raideur articulaire.

g) **Angiome caverneux de la lèvre.** (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, 1894.)

Présentation de malade. L'intervention chirurgicale rapide, nécessitée par la dégénérescence cirsoïde de la tumeur avec tendance à la diffusion de la lésion vasculaire, donna un excellent résultat.

h) **Fibrome de la paroi abdominale.** (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, 1894.)

Présentation de tumeur avec examen histologique.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE